LEY

DE

COORDINACION HOSPITALARIA

Precedida del discurso pronunciado ante el Pleno de las Cortes Españolas, el día 14 de julio de 1962, por el Excmo. Sr. D. Jesús García Orcoyen, Director general de Sanidad

MADRID
1962

22502792519

LEY

DE

COORDINACION HOSPITALARIA

Precedida del discurso pronunciado ante el Pleno de las Cortes Españolas, el día 14 de julio de 1962, por el Excmo. Sr. D. Jesús García Orcoyen, Director general de Sanidad

MADRID
1962

WELLCOME
LIBRARY
General Collections
P
834

Depósito legal. M. 15.379. — 1962.

GRÁFICAS GONZÁLEZ.—Miguel Servet, 15.—Tel. 2 27 07 10.—Madrid

Discurso pronunciado por el Sr. Director general de Sanidad, Excmo. Sr. D. Jesús García Orcoyen, ante las Cortes Españolas el día 14 de julio de 1962, para defender el dictamen de la Comisión de Gobernación sobre el proyecto de Ley sobre Hospitales

Señores Procuradores:

Tengo el honor de presentar ante ustedes, para su consideración y eventual aprobación, el dictamen de la Comisión de Gobernación de estas Cortes sobre el Proyecto de ley de Hospitales.

Ha precedido a la elaboración de este Proyecto de ley una intensa labor de estudio del problema, base necesaria para que, al abordar una política hospitalaria nacional de amplias perspectivas, se cuente con una base firme de conocimiento que garantice, lo humanamente posible, el acierto en su realización.

Al asumir la Dirección General de Sanidad, recibí el encargo expreso del señor Ministro de estudiar el problema hospitalario español con vistas a su adecua-

da ordenación y mejor funcionamiento en beneficio de la asistencia y economía nacionales.

Con este fin y a su propuesta, días más tarde, el 20 de julio de 1957, una Orden de la Presidencia del Gobierno dispuso la creación de las Comisiones Provinciales de Coordinación Sanitaria, a las que se les confió el encargo de realizar un censo de las Instituciones hospitalarias existentes, una información sobre sus necesidades y sugerencias sobre la posible utilización coordinada de los establecimentos disponibles.

Merced a los trabajos de las Comisiones provinciales, se pudo elaborar un Censo de los hospitales del sector público nacional, así como llegar a un conocimiento detallado de la situación asistencial.

El 14 de marzo de 1958 se crea, en virtud de oportuna Orden ministerial, la Comisión Central de Coordinación Sanitaria y Hospitalaria encargada de elaborar los informes técnicos sobre las propuestas de las distintas Comisiones provinciales y armonizarlas con criterio de unidad. La Secretaría de la Comisión, constituída en la Dirección General de Sanidad, recogió y analizó los trabajos de las distintas Comisiones provinciales.

El Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación, en 25 de febrero de 1960, encargó a una Comisión especial el estudio de los Hospitales de Madrid. Fruto del trabajo de esta Comisión fué un informe general sobre la situación de los Hospitales del sector público de la capital, con un conjunto de más de siete mil camas,

que en el curso de sus investigaciones habían sido sometidos a minucioso estudio no sólo en el aspecto sanitario, sino en el económico y administrativo de su funcionamiento.

La experiencia adquirida en el seno de la Comisión Central en el curso de sus actividades, el examen de los estudios elaborados por las Comisiones provinciales y el conocimiento del funcionamiento exacto de gran número de hospitales merced a los trabajos de la Comisión especial de Madrid, determinaron la promulgación de las dos Ordenes de 12 de agosto de 1960, que marcan un jalón de gran importancia hacia la ordenación hospitalaria del país, ya que por primera vez se somete a la aprobación de una Comisión Interministerial todo proyecto de construcción hospitalaria del sector público nacional.

Por otra parte, en la segunda Orden de aquella fecha se reorganizó la Comisión Central, elevando el rango de la misma al recaer su Presidencia en un Ministro del Gobierno.

La acción de esta Comisión Central tuvo plena efectividad durante el año 1961, siendo sometida a la consideración de la misma y autorizada la construcción de numerosos establecimientos sanitarios del sector público.

La Dirección General de Sanidad, atenta al desenvolvimiento de la situación hospitalaria, creó en su seno el 22 de febrero de 1961, por Orden del Ministerio de la Gobernación, la Sección de Hospitales y Centros Asistenciales, en la que se han centrado todos los pro-

blemas y cuestiones relacionados con el campo hospitalario.

En el curso del corriente año se elaboraron y estudiaron en el Departamento de Gobernación distintos anteproyectos para una Ley de Hospitales, de los cuales se elevó a la consideración del Gobierno uno definitivo, que mereció la aprobación del mismo, siendo remitido a estas Cortes Españolas para su estudio y eventual aprobación.

Quiero destacar en este momento el constante estímulo del señor Ministro y la íntima colaboración del Subsecretario, señor Rodríguez de Miguel; del Secretario Técnico, señor Carro; del Secretario general de Sanidad, señor Díez del Corral; del Jefe de la Sección de Hospitales, doctor De la Mata, así como la contribución del Profesor Usandizaga, la Sección de Hospitales del Colegio de Médicos de Barcelona y la Diputación de Oviedo.

Sometido este Proyecto de ley a la Comisión de Gobernación de estas Cortes para su examen y discusión, hubo de estudiar la Ponencia veintiséis enmiendas presentadas.

Fueron aprobados sin discusión, salvo alguna ligera corrección de estilo:

Los artículos 4.° y 5.°, que se refieren a la constitución de la red hospitalaria nacional y al examen del estado de necesidades hospitalarias de la nación;

El artículo 6.°, que impone un ajuste de las autorizaciones de construcción o ampliación al estado general de necesidades;

El artículo 9.°, que se refiere a inspección y régimen disciplinario de los hospitales ;

Los artículos 13 y 14, que se refieren a la participación de Corporaciones locales, Fundaciones y subsidiariamente con el Estado en gastos o porcentajes de los mismos en la proporción no cubierta como consecuencia de lo establecido en artículos precedentes.

Las disposiciones adicional y transitoria primera también fueron aprobadas sin discusión.

Al artículo 1.° fueron presentadas dos enmiendas por los Procuradores señores López Muñiz y Puig Maestro Amado, en las que se propugnaban pequeñas correcciones de estilo y modificación en la definición de «Hospital». Fueron sometidas a una amplia discusión, en la que participaron el señor De la Fuente (don Licinio), Profesor Lafuente Chaos, el señor Rodríguez de Miguel y el doctor Crespo Alvarez, aceptándose por la Ponencia la inclusión de la palabra «clínica», para reforzar el carácter asistencial en su definición.

Al artículo 2.° se presentaron seis enmiendas por los Procuradores señores Sanz Vázquez, Macián Pérez. Profesor Durán, señores López Muñiz, Codón y Chozas Bermúdez, coincidiendo todas ellas en apreciar los beneficios que han de derivarse para la asistencia de la apertura de los hospitales a toda clase de enfermos, pero deseando aclarar los términos en que se consideran abiertos los hospitales con respecto a los Médicos. En la discusión intervinieron los Procuradores señores Puig Maestro Amado, Lafuente Chaos, de la Fuente (don Licinio), Macián Pérez, Chozas Ber-

múdez, Codón, Balcells Gorina, Posada, Sala de Pablo, Rodríguez de Miguel y Careaga, aceptando la Ponencia una modificación en la redacción que aclara las condiciones en las que los hospitales pueden ser considerados como abiertos a los Médicos.

Al artículo 3.° fueron presentadas cinco enmiendas por los Procuradores señores Sanz Vázquez, Riestra del Moral, López Muñiz, Puig Maestro Amado y Su Eminencia señor Pérez Platero. Estas enmiendas tienden, en general, a la exclusión del ámbito de la ley, de Instituciones privadas y de la Iglesia. Este artículo, en cuya última redacción por la Ponencia se recogían las enmiendas presentadas, fué aprobado sin discusión.

Al artículo 7.° se presentaron seis enmiendas, en cuya discusión intervinieron los señores Arenas, Rodríguez de Miguel, López Muñiz, Carro Martínez y Sala de Pablo por la Ponencia, quedando aprobado sin más discusión, con ligeras correcciones que no afectaban al texto de la Ponencia.

Al artículo 8.° fueron presentadas cinco enmiendas por los Procuradores señores Sabador, Durán, López Muñiz, Codón y Puig Maestro Amado, en cuya discusión intervinieron los señores Puig Maestro Amado, Codón, Rodríguez de Miguel y Carro Martínez por la Ponencia, aceptando ésta una ligera modificación sobre la constitución de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria.

Al artículo 10 se presentaron once enmiendas. Sobre este artículo y sobre el texto de la Ponencia se

abrió una amplia discusión, en la que intervinieron los señores López Muñiz, Balcells y Puig Maestro Amado, aprobándose una modificación que hace más flexible la designación de elementos directores en los Centros hospitalarios.

En el artículo 11 intervinieron los señores Díaz Ambrona, Carro Martínez, Crespo Alvarez, Puig Maestro Amado, Lafuente Chaos y de la Fuente (don Licinio), que defienden sus enmiendas, aprobándose el texto de conformidad con el informe de la Ponencia. A la propuesta del señor Sala de Pablo se agrega un párrafo en este artículo, que aclara la situación económica del personal facultativo.

En el artículo 12 defienden sus enmiendas los señores López Muñiz y Careaga, aprobándose el informe de la Ponencia.

Fué acordada la supresión de la Disposición transitoria 2.ª, dada la nueva redacción del artículo 10.

Expondremos a continuación algunos de los principios o circunstancias que orientaron la redacción de este Proyecto de ley.

En la Ley de Sanidad de 1944 se recogen ampliamente todos aquellos aspectos de una acción sanitaria; pero por lo que se refiere a los hospitales atribuye a la Sanidad solamente una función inspectora de las condiciones mínimas exigibles en dichos Centros.

En un plazo relativamente corto, el concepto de una Sanidad nacional se amplía en todo el mundo, y hoy se considera que le corresponde adoptar cuantas medidas sean necesarias en un país para promover y

conservar en sus habitantes el mejor estado de salud, ya que ésta es la mayor fuente de riqueza y felicidad de la sociedad humana.

La consecución del más elevado nivel de salud es uno de los derechos del ser humano, y este derecho es fundamentalmente de orden moral y no solamente económico. Así se reconoce en nuestras disposiciones fundamentales.

Y yo afirmo aquí, ante la más genuina representación de las gentes de España, que, aunque la Sanidad tiene una técnica profesional, no es privativa de los técnicos, sino que es uno de los elementos más expresivos de una conciencia social y que en su más perfecta realización estamos implicados todos.

El que no vacuna a su hijo cuando se le aconseja, el que no obedece la orden de aislamiento cuando padece una enfermedad contagiosa, no sólo corre su propio riesgo, sino que amenaza la salud de sus familiares o conciudadanos, quebrantando las normas de derecho, en una convivencia social normal.

El que pudiendo evitarlo, contamina las aguas o la atmósfera o adultera los alimentos, comete una agresión punible contra la salud de sus semejantes.

Creo que esto basta para poner de relieve la necesidad de que todos nos sintamos partícipes en una acción común de defensa de la salud de los españoles.

Y aunque concedamos primacía al aspecto moral en el derecho a la salud, no podemos olvidar su trascendencia económica.

Cuando Winslow hace la estimación del valor-mo-

neda del hombre, se conoce la importancia del aumento de su promedio de vida. Este promedio era de treinta años en el siglo XVII, de cuarenta años en el siglo XIX, de cincuenta años a principios del XX, de sesenta y cinco en la actualidad.

La muerte del individuo a los quince años representa una pérdida para la sociedad del total de la inversión realizada. Si muere a los cuarenta años, la sociedad ha llegado a obtener un beneficio equivalente a la inversión realizada, y si sobrevive a los sesenta y cinco años, la ganancia neta es más del doble de la inversión.

El aumento de riqueza de un país es, por tanto, proporcional al aumento de la cifra media de vida, no existiendo una fuente de riqueza más valiosa.

La pérdida que representaba en nuestro país hace veinte años la morbilidad por paludismo sobrepasaba los mil millones de pesetas al año. Una campaña eficazmente dirigida ha permitido alcanzar la erradicación del paludismo, ya que en el año actual no se ha registrado ni un solo caso autóctono con la consiguiente desgravación económica.

Es evidente que la presencia de enfermedades evitables es una grave carga para cualquier país y que cada paso que se dé para disminuirlas podrá no solamente disminuir el sufrimiento y prolongar la vida humana, sino aumentar la productividad y promover la prosperidad.

Desgraciadamente, no todas las enfermedades son evitables, y esta misma prolongación de la vida hu-

mana exige una actividad asistencial cada vez más extensa y compleja.

Las enfermedades degenerativas, el cáncer, la diabetes, el reumatismo, las afecciones cardio-vasculares, la tuberculosis, las enfermedades mentales, los traumatismos, la poliomielitis y las enfermedades agudas alcanzan un volumen que exige de la sociedad un constante esfuerzo para conseguir que sus consecuencias sean cada vez menos pesadas sobre el enfermo y la sociedad que le atienda.

El hospital adquiere, en relación con este aspecto, el máximo relieve en el complejo sanitario.

Si consideramos solamente el sector público en España, más de 100.000 camas de hospitalización, 30.000 millones de pesetas de inversiones y cerca de 5.000 millones anuales de gastos de sostenimiento son cifras que dan una idea de su importancia.

El hospital surge como una necesidad para la atención de los enfermos en épocas en que la medicina hospitalaria era, vista desde el momento actual, pura y simple hospitalidad.

Como acertadamente dice Padros, la asistencia al pobre, al desvalido y al enfermo ha marcado con claro matiz la civilización de los pueblos.

A lo largo de la Historia, las orientaciones para la protección del prójimo han respondido a diversos valores espirituales y sociales.

Es en la Edad Media cuando el concepto cristiano de la caridad supera los limitados principios de la compasión pagana. La caridad cristiana no se dirige de

hombre a hombre con inmediatez alarmada, no es puramente afectiva, aunque sea afectuosa. La caridad cristiana es una caridad en Cristo. Es una caridad de retorno que va al prójimo porque es de Dios y en él está Dios.

Al llegar a la formidable realidad social y científica del Hospitial de nuestros días, no sería justo olvidar el elevado sentimiento que dió lugar a la creación de los primeros hospitales reconocidos como tales.

Puro movimiento del espíritu que no se apoyaba en finalidades prácticas ni desgraciadamente —la época no lo permitía aún— en intenciones experimentales o científicas. Pero como todos los movimientos del espíritu, han precedido a las grandes instituciones y acaban por ser los más sólidamente prácticos.

La extensión y la evolución técnica de determinados conceptos puede llevar a una interpretación materialista de éstos, y en cierto modo, a su deshumanización. Así ocurre cuando la Medicina se convierte en pura técnica científica y el hombre en masa.

Un hospital demasiado atento a la aplicación de una medicina técnica y a las exigencias de una teórica justicia social puede ser un hospital fracasado en su última razón de ser, si olvida las raíces de su propio origen y de su propio nombre: la hospitalidad.

En alguna ocasión hemos dicho que la personalidad del médico y de aquellos que se dedican al cuidado de los enfermos tiene dos vertientes: una, permanente a lo largo de los tiempos, vocacional, de amor a Dios y al prójimo, de amor a la verdad y de honesti-

dad en su conducta y aplicación de sus conocimientos, y otra, variable, en cuanto se refiere a la posesión de los conocimientos científicos de su época y a su aplicación en relación con la estructura social en que viva. El conseguir que ambos factores sean compatibles condicionan la adecuada situación del médico en la sociedad de todos los tiempos.

Y el hospital es una institución médica dentro de una determinada organización social. Insisto en que es una institución y no solamente un instrumento de trabajo, porque su existencia está justificada por móviles más elevados que el de una simple función técnica, por la misma razón que la Medicina es una profesión y no una tecnología.

Existe una cierta propensión a considerar las instituciones por su fachada y a creer que su prestigio puede ir vinculado exclusivamente a un magnífico pórtico o al revestimiento con piedras nobles.

No hay duda que una bella presencia puede contribuir a la perfección de una institución de este tipo, siempre que ello no sea una excusa para desestimar lo más importante, la función a que está destinada. No olvidemos que los hospitales tienen una vida y que ésta no existe en los panteones.

Por ello hemos de conceder primacía a su vida interior, a todos aquellos que cumplen una misión entre sus paredes y que animados de una vocación entregan su esfuerzo diario al intento de conseguir la salud de sus semejantes.

El cumplimiento de esta elevada función social re-

quiere tener un claro concepto de la misma, una ordenación perfecta, unos medios técnicos de trabajo y una remuneración adecuada a la dignidad de su misión.

El examen de alguna otra circunstancia contribuye a justificar el propósito de la Ley.

Es un hecho de observación universal que la acción de los profesionales médicos va desplazándose, en cierta medida, a la rigurosa actividad individual del ejercicio en centros hospitalarios en los que pueden concentrarse medios de diagnóstico, tratamiento e investigación, con un mayor rendimiento y sin una multiplicación de gastos individuales en la adquisición de tales medios. Una expresión bien clara de esta circunstancia la da nuestro país, al cual se atribuye una plétora médica inexistente en la realidad. La proporción de médicos en España es de uno por cada mil habitantes, en tanto que el índice internacional considerado como más favorable en los países de un nivel de vida y cultura europeos es de uno por cada setecientos habitantes. Sin embargo, una gran masa de médicos de las últimas promociones no encuentra un campo de trabajo por no haberse modificado las condiciones que tienden en nuestro país a propugnar una acción individual asistencial al margen de los hospitales.

Los hospitales españoles deberán, al mismo tiempo que elevar sus condiciones de trabajo, absorber un número de profesionales que permita orientar de una manera más activa y eficaz la asistencia médica, su-

primiendo una supuesta plétora profesional que determina el que un importante grupo de médicos bien preparados y con vocación manifiesta fluctúen en una situación en la que la utilización de sus servicios, debido al sistema actual, no se alcanza plenamente. Y la importancia social de cada aspecto es de tener en cuenta en todo momento. La modificación de la estructura económica de los hospitales permitirá abordar este problema.

Pero si estos conceptos generales pueden contribuir a formar un estado de opinión sobre los principios fundamentales que justifican una acción, yo quisiera llevarlos al convencimiento de que la Ley responde a una doctrina hospitalaria y a nuestras propias circunstancias en todo su articulado.

Lo que no puede reflejar la Ley en su cuidada y aparentemente fría redacción es la noble pasión que la informa.

Cuando se define el hospital, se comprende en dos párrafos un mundo de aspiraciones y nobles deseos. Para nosotros, los profesionales, médicos, enfermeras, practicantes, alumnos, monjas y hasta los últimos puestos de servicio, significa la dedicación de una vida con amor, con entusiasmo, con deseo constante de perfeccionamiento. Hay que convivir con los más humildes puestos de servicio en un hospital para conocer la abnegación de lavanderas y fregadoras, de las que no puede decirse que lo que hacen lo hacen por dinero cuando se sabe lo que ganan, o de los jóvenes médicos que se agrupan junto a un maestro y viven noche

y día sus preocupaciones al lado de los enfermos, sin esperar nada más que la satisfacción de cumplir con su deber vocacional.

Y detrás del párrafo que atribuye al hospital una labor formativa, están esos mismos jóvenes médicos y titulados auxiliares, acudiendo en masa a los hospitales para adquirir cada día más conocimientos que aplicar, y cuando se refiere a la labor de investigación, hemos de pensar en la noble aspiración de los médicos españoles de contribuir al avance científico con su esfuerzo y experiencia.

Yo quiero en este momento ofrecer dos datos recientes sobre la calidad de nuestros profesionales.

Uno, los resultados oficiales de la prueba de reválida en Estados Unidos aplicada a licenciados en diversas Universidades europeas.

Frente a los resultados de un 20 por 100 acerca del 40 por 100 de reprobados en los procedentes de otras Universidades europeas, los licenciados en España no lo son más que en un 12 por 100.

Las frías estadísticas cifras oficiales son por sí solas un homenaje a las Universidades españolas.

Otro dato, el deseo de un país costero del Mediterráneo de que la Medicina en dicho país sea hecha por profesionales españoles. A la experiencia con 20 médicos ha seguido la petición de 250 profesionales para cubrir sus necesidades, por considerar insuperables las condiciones técnicas y humanas de los mismos.

El articulado de la Ley prevé el desarrollo de una política actual de hospitales, sin merma del mante-

nimiento de lo que consideramos principios fundamentales.

En su primer artículo se define el hospital con arreglo al concepto vigente hoy día en todo el mundo, adaptado a la peculiaridad de nuestro país; pudiera parecer innecesario, pero no lo consideramos así en este caso por ser la primera vez que con estas características se define en nuestra legislación.

Admitido doctrinalmente que los hospitales no pueden limitar su asistencia a los indigentes o a cualquier otro sector exclusivo de la colectividad, establécese en el artículo segundo de esta Ley el principio de que los hospitales públicos españoles abrirán sus puertas a todo enfermo que precise asistencia médica en ellos, sea cualquiera su condición social o económica, respetadas las debidas prioridades en cuanto al ámbito y destino del hospital.

La inclusión de los diversos hospitales en el campo de aplicación de la Ley no supone en modo alguno que ello haya de determinar la absorción de los hospitales públicos afectados o su integración amorfa, pues precisamente el artículo cuarto declara expresamente el respeto de la Ley a la titularidad y regencia de los hospitales por parte de sus organismos rectores.

Otro de los aspectos fundamentales del proyecto se refleja en este mismo artículo cuarto, en virtud del cual se crea la Red hospitalaria nacional y con ella se establece como base de la organización del sistema hospitalario español la regionalización del mismo.

La regionalización, o sea la jerarquización de los

hospitales, adaptándolos y coordinando su funcionamiento en relación con la situación geográfica que ocupan, el volumen, densidad de distribución de la población a la que sirven, y las características de la morbilidad general de la misma, se imponen otras razones por cuatro fundamentales:

a) Por el progreso incesante de la Medicina, que determina la aparición constante de nuevas técnicas y especialidades, lo que da lugar a una desproporción considerable entre la demanda de personal especializado y la existencia del mismo, organizando como consecuencia lógica la necesidad de limitar las altas especialidades a aquellos hospitales situados en ciudades importantes que cuentan con personal suficientemente calificado.

b) Por la revolución sufrida en los medios de transporte en la época actual, que permite el traslado de enfermos en poco tiempo y en situación confortable a pesar de las distancias.

c) Por la transformación de los hospitales al pasar éstos de ser instituciones asistenciales para indigentes a centros abiertos a toda población, lo que permite planificar la asistencia de una zona geográfica en relación con el volumen de habitantes y densidad de la misma.

d) Por razones económicas, ya que, dado el enorme coste de las instalaciones y equipos sanitarios de los hospitales, es imprescindible racionalizar el funcionamiento de sus servicios y atender a la rentabilidad de las instituciones.

Los artículos quinto y sexto del Proyecto de ley establecen las normas con arreglo a las cuales se han de proyectar en el futuro las construcciones hospitalarias.

El elevado coste de las instituciones modernas exige, junto a una planificación cuidadosa, una utilización óptima, y entre ellas, sobre todo, la de los hospitales generales, cuyo coste por cama construída es elevado.

No menos oneroso es su sostenimiento, que se cifra para España en la actualidad en los hospitales generales en un 12 a 15 por 100 anual de la cifra invertida en la construcción, y en un futuro, al elevarse el capítulo de personal, se pondrá este gasto de sostenimiento en cerca del 20 ó el 25 por 100.

El proyecto que defendemos refuerza en sus artículos séptimo y octavo las funciones y misiones de la Comisión Central de Coordinación Sanitaria y Hospitalaria que, prácticamente, se constituye en el Organismo superior del país en materia hospitalaria.

La diversidad de los Organismos estatales y paraestatales que cuentan con hospitales pertenecientes al sector público aconsejan la existencia con plena autoridad de tal Comisión, en la que recae una serie de misiones que vienen definidas exhaustivamente en dicho artículo séptimo.

Incumbirá a esta Comisión el conseguir el máximo rendimiento de los hospitales españoles, armonizando la ordenación precisa con la coordinación máxima de sus diversos servicios y equipos, ya que hoy día no

se concibe el hospital autónomo sino sirviendo funcionalmente a una red asistencial.

Nos parece, por ello, importante el destacar que en tal Junta superior están representados los organismos y departamentos propietarios de hospitales, recayendo la función técnica de la misma en la Dirección General de Sanidad.

Señalaremos como de excepcional importancia el artículo diez, que fué objeto de grandes debates en el seno de la Comisión de Gobernación, y que en su redacción actual establece por primera vez en nuestro país la posibilidad de nombrar en los hospitales públicos gerentes debidamente capacitados, en los que pueda recaer con garantías suficientes la gestión compleja de un hospital moderno. Ello no es óbice para que subsistan los directores médicos, puestos tradicionalmente en nuestros hospitales.

En el mismo artículo se prevé la incompatibilidad en los cargos médicos hospitalarios, si bien se refiere al Gobierno el desarrollo de estas incompatibilidades, ya que han de tenerse en cuenta numerosas circunstancias, tales como la categoría de las instituciones, la dotación económica de los puestos, los derechos adquiridos y la finalidad docente.

Sentado el principio de que los hospitales públicos abren sus puertas a toda clase de enfermos, sea cualquiera su condición social y económica, nada más lógico que prever en el articulado de la Ley la responsabilización de los gastos de la asistencia hospitalaria.

que incumbirá en primer término a los enfermos o personas obligadas legalmente.

Se señala igualmente en oportunos artículos la obligación de la Seguridad Social de sufragar los costes de la asistencia hospitalaria de sus beneficiarios, de acuerdo con las disposiciones vigentes en la materia, y la de las Corporaciones locales, y, subsidiariamente, el Estado, de aquellos costes o porcentajes de los mismos no cubiertos por consecuencia de lo señalado anteriormente, o por cuenta de tercero.

Finalmente, queremos destacar la excepcional importancia del artículo catorce en cuanto que estipula que el Estado consignará en sus Presupuestos generales un crédito anual como aportación del mismo para atender al desarrollo de la política hospitalaria prevista en la Ley.

Creemos, señores Procuradores, que si tenéis a bien aprobar esta Ley, se habrá dotado al país de un instrumento legal, básico y trascendente para la mejor defensa de la salud de los españoles y para la más correcta utilización de su patrimonio hospitalario, a cuya creación tanto ha contribuído el Régimen en cumplimiento de un imperioso deseo de nuestro Caudillo.»

Ley 37/1962, de 21 de julio, sobre Hospitales

La unidad de criterio, en cuanto a los fines, y la coordinación de medios para alcanzarlos, son principios indispensables de una eficaz política nacional de la salud, que ha de iniciarse desde la fase de planeamiento, ajustada a las directrices previamente fijadas en un proceso de relaciones continuas entre las Instituciones o Dependencias Hospitalarias y el Centro coordinador, cuyas funciones requieren la existencia de un Organismo colegiado de estudio, asesoramiento o resolución.

En la realidad legislativa de otros países, según su tradición o doctrinas políticas, se advierten dos tendencias opuestas en la ordenación sanitaria: una integración total en el Estado de los Servicios de la Salud, o el respeto a la gestión de distintos Servicios o Instituciones que intervienen en la acción sanitaria, si bien constituyendo un conjunto armónico mediante un plan coordinador, para habilitar establecimientos que aseguren, con determinadas preferencias, análogo nivel asistencial.

El correspondiente plan nacional de acción sanitaria y social, inherente a la segunda de las tendencias expuestas, requiere en general una gran flexibilidad para comprender y asociar las iniciativas, fórmulas y medios más variados de realización; un desarrollo atemperado a razones de urgencia y disponibilidad de los medios de financiación; una distribución geográfica conforme a la localización de las necesidades; un orden entre las Instituciones, según su carác-

ter, ámbito y especialidades; unas normas básicas para su más eficiente régimen u organización, y una función tutelar que vele por la vigencia, siempre actualizada, del plan en cuestión.

Ya la base única del título preliminar de la Ley de veinticinco de noviembre de mil novecientos cuarenta y cuatro, al reconocer determinadas responsabilidades y competencias para alcanzar los fines de las funciones públicas sanitarias a las Corporaciones públicas, Organismos paraestatales y del Movimiento, y aun Entidades particulares, dispone que ello tendrá lugar bajo la ordenación, inspección, vigilancia y estímulo de los Organismos sanitarios dependientes del Estado. Y la base primera de dicha Ley atribuye tales funciones sanitarias al Ministerio de la Gobernación, asistido por la Dirección General de Sanidad.

Pero si en el ejercicio de estas prerrogativas de soberanía del Estado en materia sanitaria alcanzó especial importancia cuanto se refiere a la instalación y régimen de Establecimientos hospitalarios, cuyo concepto, fines y características habían de resultar afectadas, tanto por imperativos de los postulados de cristiana hermandad, que recogen nuestras Leyes Fundamentales, como, más en concreto, por la política de Seguridad Social, que tan dilecta atención merece al Régimen, vienen así aquellos Centros alcanzando en el país un progresivo índice de adecuación a las exigencias del número y calidad que requiere la asistencia médico-clínica en todo el ámbito nacional.

El funcionamiento de las Juntas Provinciales y Central de Coordinación Sanitaria y Hospitales, según las Ordenes de la Presidencia del Gobierno de veinte de julio de mil novecientos cincuenta y siete, catorce de mayo del siguiente año y doce de agosto de mil novecientos sesenta, permitió conocer toda la amplitud del problema, como asimismo una inicial recogida de datos para ulteriores trabajos.

Con la garantía de acierto que ofrecen aquellas actuaciones precedentes se considera llegado el momento de estable-

cer, por normas de rango similar a la citada Ley de veinticinco de noviembre de mil novecientos cuarenta y cuatro —de la que vendrá a ser necesario complemento—, un régimen racional que es inexcusable, considerada la repercusión en la economía nacional del costo de edificios e instalaciones, que deben justificarse por el efectivo beneficio y utilidad que reporten para la población española; sin que ello pueda demorarse, habida cuenta del rápido avance de la evolución social que viene operándose en nuestro país y el perfeccionamiento y complejidad alcanzados por la clínica-médica.

A tales principios y premisas responde que se consideren los Hospitales como centros de asistencia, con el más amplio sentido de las distintas fases o clases de medicina, inclusive la formación del personal o la investigación científica, y desde luego abiertos para toda la población, sin perjuicio de limitaciones derivadas de prioridades determinadas por su destino o de su ámbito y especialidad.

El logro de tan necesaria amplitud asistencial de todas las Instituciones hospitalarias aconseja la elaboración del catálogo de las mismas o Red Hospitalaria Nacional, que describiendo y clasificando, según sus particularidades, los efectivos asistenciales médicos de la Nación, sirva de base a la aprobación del estado general de necesidades hospitalarias, tanto presentes como futuras, de manera que en cada comarca, en particular, y en la Nación, en general, queden cubiertas perfectamente aquellas atenciones.

Igualmente se hace preciso a los citados fines determinar, en el sentido que lo hace el artículo séptimo del texto normativo, las funciones de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, excepcionalmente en cuanto afecte a las inversiones para tales Establecimientos, fórmulas de cooperación, conciertos o convenios y bases generales que garanticen su homogéneo nivel asistencial. Tal Comisión, por hallarse atribuída al Ministerio de la Gobernación la propuesta o ejercicio de aquellas prerrogativas estatales en materia

sanitaria, es lógico que sea presidida por el titular de dicho Departamento, y que, desde luego, en la misma existan representaciones de los demás Organismos interesados, vinculándose su Secretaría, en razón a la naturaleza de su cometido, a la Dirección General de Sanidad.

Por lo demás, expresamente se dispone que los Establecimientos sanitarios seguirán bajo la titularidad y regencia de las Entidades y Organismos que la ostentan actualmente, fijándose para sufragar sus gastos razonables normas y criterios, como asimismo la previsión de que el Estado coopere a la ordenación hospitalaria por razones justificadas de tutela o urgencia.

En su virtud, y de conformidad con la propuesta elaborada por las Cortes Españolas,

Dispongo :

Artículo primero.—Son hospitales, cualquiera que sea la denominacón que ostenten, los establecimientos destinados a proporcionar una asistencia médico-clínica, sin perjuicio de que pueda realizarse en ellos, además, en la medida que se estime conveniente, medicina preventiva y de recuperación, y tratamiento ambulatorio.

Los hospitales son también Centros de formación del personal técnico y sanitario y de investigación científica, siempre que reúnan las condiciones adecuadas a tales fines, que lo consientan el carácter y finalidad de cada Institución, y que se establezca la debida coordinación con los Centros docentes oficiales.

Artículo segundo.—Los hospitales serán abiertos en relación con todos los enfermos, cualquiera que sea su condición social y económica, a los que asistirán los Médicos del establecimiento.

En todo caso se respetarán las prioridades determinadas por el destino, ámbito y carácter de cada hospital.

Cuando se trate de enfermos acogidos a un régimen legal o contractual de asistencia hospitalaria, los hospitales serán igualmente abiertos en cuanto a los mismos y a los

Médicos que legal o estatutariamente hayan de prestarles asistencia, si bien todo ello se entiende supeditado a los conciertos o convenios que se establezcan.

Artículo tercero.—Esta Ley es aplicable a los hospitales del Estado y sus Organismos autónomos, los de la Seguridad Social, los de la Organización Sindical, los de las Corporaciones locales y los sometidos al protectorado del Estado. En estos últimos quedará siempre a salvo la voluntad fundacional dentro de los límites que se señalan en el párrafo tercero.

En los hospitales de la Iglesia esta Ley será aplicable solamente en cuanto a catalogación, inspección sanitaria de locales y suficiencia de medios terapéuticos, salvando su autonomía en todo cuanto sea materia concordatoria.

Los hospitales pertenecientes a Organismos e Instituciones de carácter privado se regirán por esta Ley en cuanto a catalogación, condiciones mínimas de los servicios de inspección y régimen sanitario, pudiendo llegar hasta ordenar su cierre si no se someten a las condiciones mínimas exigibles.

Artículo cuarto.—Por consecuencia de lo determinado en los artículos precedentes, todos los hospitales, independientemente del Organismo a quien corresponda su titularidad y regencia, constituirán la Red Hospitalaria Nacional. Su aprobación corresponderá al Gobierno, y en ella se catalogarán los hospitales, en razón a los siguientes motivos : Por sus funciones, en generales y especiales ; por su ámbito, en nacionales, regionales, provinciales y locales ; por su nivel asistencial se tendrán en cuenta las exigencias de una hospitalización adecuada, atendidas las características del local, instalación, personal y material, y por su carácter patrimonial, según sea el Organismo, la Entidad o persona a quien corresponda o pertenezcan.

Artículo quinto.—La Comisión Central de Coordinación Hospitalaria someterá a la aprobación del Gobierno el estado general de necesidades hospitalarias de la nación, operando para ello de modo que cada demarcación territorial

que al efecto se señale cuente con los hospitales precisos para atender plenamente las necesidades de su población, teniendo en cuenta la distribución y morbilidad de la misma, así como las prioridades y destino de los Centros hospitalarios.

Artículo sexto.—El estado general de necesidades hospitalarias aprobado por el Gobierno, según el artículo anterior, será la base para elaborar cualquier plan de construcciones hospitalarias.

Igualmente, las autorizaciones de construcción, ampliación, transformación o desafectación de los hospitales en lo sucesivo, habrán de ajustarse necesariamente al estado general de necesidades.

Artículo séptimo.—Aparte de las misiones a que hacen referencia los artículos anteriores, la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria ejercerá las siguientes funciones:

a) Realizar los estudios precisos para tener siempre actualizada la catalogación a que se refiere el artículo cuarto.

b) Conocer e informar, y en su caso elevar al Gobierno, los planes de construcciones hospitalarias a realizar por las Entidades u Organismos correspondientes.

c) Autorizar o promover los proyectos de construcción, ampliación, transformación o desafectación de hospitales, elevándose a acuerdo de la Comisión Delegada de Sanidad y Asuntos Sociales, en caso de discrepancia en el seno de la Comisión.

Los proyectos de ampliación y transformación, cuyos presupuestos no rebasen la cuantía que reglamentariamente se determine, podrán ser autorizados por la Comisón provincial de Coordinación Hospitalaria correspondiente.

d) Velar por la necesaria coordinación, fomentando y aprobando, tanto las fórmulas de cooperación entre las Entidades interesadas, según sus necesidades y medios, como los conciertos o convenios que procedan entre los Organismos o Entidades asistenciales, en cuanto al uso de los Establecimientos hospitalarios afectados por la presente Ley.

Se elevarán al Gobierno las pertinentes propuestas sobre tales cooperaciones o conciertos, cuando no se hubiere llegado a satisfactorio acuerdo.

e) Estudiar y proponer al Gobierno para su aprobación las bases a que deben atemperarse las condiciones mínimas de los servicios y plantillas de los Establecimientos hospitalarios y las normas generales del régimen y funcionamiento de las diversas Instituciones para el cumplimiento de sus fines, para cuyo previo estudio será oída la representación correspondiente del Organismo rector y Cuerpo médico de la entidad hospitalaria afectada.

f) Proponer al Gobierno las condiciones del régimen de tutela a que debe someterse la gestión de los hospitales que no se atemperen en su organización y funcionamiento a las disposiciones que se dicten en cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo anterior.

g) Favorecer y difundir los estudios e investigaciones en materia de instalaciones, equipos, trabajo y funcionamiento de los hospitales, como asimismo promover la capacitación y titulación del personal directivo y administrativo de aquéllos.

h) Informar la inversión de los fondos de los Presupuestos generales del Estado destinados a obras, reformas, ampliaciones o construcciones hospitalarias a efectos de lo previsto en los apartados b) y c).

Artículo octavo.—La Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, presidida por el Ministro de la Gobernación, se integrará con tres representantes por cada uno de los Ministerios de la Gobernación, de Educación Nacional, de Trabajo y Secretaría General del Movimiento con la Organización Sindical. Al menos cuatro de los representantes indicados deberán ser Médicos con experiencia hospitalaria.

El Presidente podrá acordar que participen en determinados trabajos de la Comisión aquellas otras personas que se consideren útiles para los fines de la misma o represen-

taciones de las Corporaciones locales u otras Entidades interesadas.

La Secretaría de la Comisión Central será el órgano técnico de la misma. La Dirección General de Sanidad le facilitará los medios personales y materiales necesarios para su constitución y funcionamiento, contando asimismo con el personal colaborador que la Comisión acuerde, especialmente de las Entidades representadas en la misma.

Artículo noveno.—La inspección y el régimen disciplinario de cada hospital corresponde a la respectiva Entidad gestora. La Comisión Central de Coordinación Hospitalaria podrá nombrar, cuando lo considere necesario, Delegaciones Inspectoras para informarse del cumplimiento de las disposiciones de esta Ley. Todo ello sin perjuicio de aquellas funciones que son propias de la Inspección General de Centros y Servicios Sanitarios de la Dirección General de Sanidad.

Las Entidades rectoras de los hospitales comunicarán trimestralmente a la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria las sanciones que impongan por faltas graves o muy graves cometidas por el personal facultativo y auxiliar sanitario de los mismos, así como los méritos destacados de su labor hospitalaria.

Artículo diez.—En cada hospital existirá un Director-médico designado entre los de la plantilla; sin embargo, en los hospitales generales de categoría provincial o superior con más de doscientas camas, y en aquellos otros que la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria lo determine, se nombrará un Gerente capacitado conforme a lo previsto en la letra g) del artículo séptimo. Ello sin perjuicio de las modalidades aconsejables para hospitales que permitan fórmulas más simples de dirección o que la Comisión considere a propuesta de la Institución hospitalaria interesada. Cuando los Gerentes sean médicos, no podrán ejercer función asistencial de carácter permanente en los Establecimientos a su cargo.

El Gobierno, previo informe de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, establecerá las circunstancias en las que el personal de plantilla de los hospitales deberá considerarse incompatible con otros puestos de servicio hospitalario.

En los hospitales con más de doscientas camas y en aquellos otros que determine la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria podrán existir, para sus propias necesidades, servicios de farmacia en la forma y condiciones que se señale por el Ministro de la Gobernación.

Artículo once.—Los gastos ocasionados por la asistencia prestada a los enfermos en los hospitales correrán a cargo de las Entidades o personas que, por razón de disposiciones legales o de contratos, tengan tal obligación.

Los enfermos o sus representantes legales sólo vendrán obligados a satisfacerlos cuando, no existiendo otra entidad obligada al pago, tengan una capacidad económica que será fijada reglamentariamente.

La situación económica de este régimen repercutirá sobre el personal facultativo en la medida correspondiente a su labor asistencial.

Artículo doce.—Las Entidades de la Seguridad Social sufragarán los costos de la asistencia hospitalaria de sus beneficiarios en las Instituciones sanitarias que mantengan cuando estos gastos se ocasionen como consecuencia de riesgos cubiertos por las disposiciones vigentes en la materia.

Cuando la asistencia de sus beneficiarios se produzca en Instituciones sanitarias distintas, la Seguridad Social habrá de reintegrar los gastos, siempre que las hospitalizaciones se realicen de acuerdo con lo establecido en las disposiciones vigentes sobre la materia.

Artículo trece.—Los gastos o porcentajes de los mismos originados por la asistencia hospitalaria en la cuantía y proporción no cubiertos por consecuencia de lo establecido en los artículos precedentes, recaerán subsidiariamente en el Estado.

Artículo catorce.—El Estado consignará en sus Presupuestos generales un crédito anual para coadyuvar a los fines de esta Ley, y de modo especial, a favorecer las necesidades hospitalarias más urgentes mediante la concesión, en su caso, de subvenciones con las modalidades que se determinen.

Disposición adicional

Los Hospitales Militares están fuera del ámbito de esta Ley, salvo en la catalogación de las camas hospitalarias de la nación o el establecimiento de concierto por las Fuerzas Armadas con los hospitales civiles.

Disposición transitoria

Mientras no se encuentre confeccionado y aprobado el Plan de construcciones hospitalarias de la nación, las nuevas construcciones, ampliaciones, transformaciones o desafectaciones de los hospitales actualmente existentes, se realizarán previa aprobación de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, siempre que su cuantía sea superior a un millón de pesetas.

Dada en el Palacio de El Pardo a veintiuno de julio de mil novecientos sesenta y dos.—FRANCISCO FRANCO.

Decreto 2162/1962, de 5 de septiembre, por el que se constituye la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria

Promulgada la Ley de Hospitales en veintiuno de julio de mil novecientos sesenta y dos, la situación hospitalaria del país aconseja que los principios contenidos en la misma tengan la debida realidad.

Recae en la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria la fundamental misión de estudiar, proponer o acordar el desarrollo de los postulados y fines señalados en aquella norma, por lo que se debe regular su constitución y funcionamiento.

En su virtud, a propuesta del Ministro de la Gobernación, y previa deliberación del Consejo de Ministros en su sesión del día diez de agosto de mil novecientos sesenta y dos,

Dispongo:

Artículo primero.—La Comisión Central de Coordinación Hospitalaria estará presidida por el Ministro de la Gobernación, e integrada por tres representantes de cada uno de los Ministerios de la Gobernación, Educación Nacional, Trabajo y Secretaría General del Movimiento con la Organización Sindical.

Artículo segundo.—El titular de cada uno de dichos Centros comunicará al Presidente el nombre y circunstancias de los tres Vocales que correspondan a su Departamen-

to o Entidad, debiendo ser uno de los mismos Médico, con experiencia en servicios de hospitales.

El Subsecretario de la Gobernación podrá sustituir al Presidente en los casos de ausencia o enfermedad o cuando le confiera tal delegación.

Será Vicepresidente el Vocal de superior jerarquía administrativa de la Dirección General de Sanidad que figure entre los señores representantes que designe el Ministro de la Gobernación.

Artículo tercero.—El Presidente podrá acordar que participen en determinados trabajos de la Comisión aquellas otras personas que se consideren útiles para los fines de la misma o representaciones de las Corporaciones locales u otras Entidades interesadas.

Artículo cuarto.—La Comisión ejercerá las siguientes funciones :

a) Proponer al Gobierno, antes del mes de noviembre de cada año, la aprobación del estado general de necesidades hospitalarias de la nación para el año siguiente, que se confeccionará con arreglo a los criterios determinados en el artículo quinto de la Ley de Hospitales.

b) Realizar los estudios que sean precisos para proponer al Gobierno la aprobación de la Red Hospitalaria Nacional y las modificaciones ulteriores que sean necesarias para tener siempre actualizada dicha Red, siguiendo al efecto las normas contenidas en el artículo cuarto de la Ley de Hospitales.

c) Conocer e informar, y en su caso elevar al Gobierno los planes de construcciones hospitalarias a realizar por las Entidades u Organismos correspondientes.

d) Autorizar o promover los proyectos de construcción, ampliación, transformación o desafectación de hospitales, elevándose a acuerdo de la Comisión Delegada de Sanidad y Asuntos Sociales, en caso de discrepancia en el seno de la Comisión. Los proyectos de ampliación y transformación cuyos presupuestos no rebasen la cuantía que se de-

termine por la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria podrán ser autorizados por la Comisión Provincial de Coordinación Hospitalaria correspondiente.

e) Velar por la necesaria coordinación, fomentando y aprobando, tanto las fórmulas de cooperación entre las Entidades interesadas, según sus necesidades y medios, como los conciertos o convenios que procedan entre los Organismos o Entidades asistenciales en cuanto al uso de los Establecimientos hospitalarios afectados por la Ley de Hospitales.

Se elevarán al Gobierno las pertinentes propuestas sobre tales cooperaciones o conciertos cuando no se hubiera llegado a satisfactorio acuerdo.

f) Estudiar y proponer al Gobierno para su aprobación las bases a que deben atemperarse las condiciones mínimas de los servicios y plantillas de los Establecimientos hospitalarios y las normas generales del régimen y funcionamiento de las diversas Instituciones para el cumplimiento de sus fines, para cuyo previo estudio será oída la representación correspondiente del Organismo rector y Cuerpo médico de la Entidad hospitalaria afectada.

g) Proponer al Gobierno las condiciones del régimen de tutela a que debe someterse la gestión de los hospitales que no se atemperen en su organización y funcionamiento a las disposiciones que se dicten en cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo anterior.

h) Favorecer y difundir los estudios e investigaciones en materia de instalaciones, equipos, trabajo y funcionamiento de los hospitales, como asimismo promover la capacitación y titulación del personal directivo y administrativo de aquéllos.

i) Informar la inversión de los fondos de los Presupuestos generales del Estado destinados a obras, reformas, ampliaciones o construcciones hospitalarias a efectos de lo previsto en los apartados c) y d).

j) Nombrar las Delegaciones inspectoras o de informa-

ción para el funcionamiento y régimen disciplinario de los hospitales que considere necesario, y en especial para todas aquellas cuestiones que tengan relación con el cumplimiento de las disposiciones de la Ley.

k) Determinar los hospitales que deban estar regidos por un Gerente, con arreglo a lo determinado en el artículo diez de la Ley de Hospitales, así como aquellos otros que permitan fórmulas más simples de dirección de la prevista como normal en el mismo artículo.

l) Informar al Gobierno acerca de las circunstancias en las que el personal de plantilla de los hospitales deberá declararse incompatible con otros puestos de servicio hospitalario.

ll) Determinar los hospitales en que pueda existir un servicio de farmacia para sus propias necesidades.

m) Llevar un registro del personal facultativo y auxiliar sanitario de los hospitales, así como de las sanciones que a dicho personal se impongan por faltas graves o muy graves y de los méritos destacados que los mismos contraigan.

n) Aprobar transitoriamente, en tanto no se encuentre confeccionado el Plan de construcciones hospitalarias de la nación, las nuevas construcciones, ampliaciones, transformaciones o desafectaciones de los hospitales actualmente existentes, siempre que su cuantía sea superior a un millón de pesetas.

Artículo quinto.—La Comisión actuará en pleno y en permanente, correspondiendo a éstas las facultades de propuesta o resolución que le delegue el Pleno.

La Comisión Permanente se integrará por el Presidente y cuatro Vocales, designados uno por cada grupo de los representantes citados en el artículo primero.

Artículo sexto.—La Secretaría de la Comisión seré asimismo su órgano técnico de estudio y preparación de acuerdos, y estará a cargo del Jefe de la Sección de Hospitales y Centros Asistenciales de la Dirección General de Sani-

dad, con la categoría, a todos los efectos, de Inspector general. La Dirección General de Sanidad, en tanto disponga de crédito más específico, imputará los gastos correspondientes a los créditos número trescientos seis-ciento veintinueve-nueve, trescientos seis-trescientos cincuenta y nueve y trescientos seis-seiscientos doce de los Presupuestos generales del Estado.

Artículo séptimo.—La Secretaría se organizará en las Secciones precisas para el mejor cumplimiento de sus funciones, y contará con una Asesoría Técnica, para la que podrá la Comisión designar a personal colaborador, especialmente en las Entidades representadas en la misma; siendo en tal caso de cuenta de cada una de ellas las retribuciones que devengue el personal colaborador nombrado a propuesta.

Así lo dispongo por el presente Decreto, dado en el Palacio de Ayete a cinco de septiembre de mil novecientos sesenta y dos.—FRANCISCO FRANCO.—El Ministro de la Gobernación, *Camilo Alonso Vega.*

DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

MADRID

GRÁFICAS GONZÁLEZ.-MIGUEL SERVET, 15.-TELÉF. 2270710.-MADRID